

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 由 Inland Empire Health Plan 提供

2026 年度变更通知

简介

您目前已参保成为本计划的会员。明年，我们的福利、承保范围、规定和费用将会有一些变化。本**年度变更通知**将为您说明这些变更以及在何处可以找到有关这些变更的更多信息。若要获取与费用、福利或规定有关的更多信息，请参阅我们网站 www.iehp.org 上的**会员手册**。或者请致电本页底部的电话号码与会员服务部联络，以通过邮件获取一份副本。重要用语和其定义按英文字母顺序列于**会员手册**的最后一章。

其它资源

- 本文件有西班牙文、中文及越南文版本可供免费索取。
- 您可以免费获得本年度变更通知的其它格式，例如大字版、盲文版或音频版。请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联络，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。
- 如需提出长期要求以获得您惯用语言版本或其它格式的资料，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联络，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。
- 在提出以英文以外之其它语言版本或其它格式获得资料的长期要求之后，除非会员要求变更，否则未来将以此格式收到所有邮件和通信。
- 如要求变更以其它语言版本或格式收到资料，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联络，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。也可使用会员门户网站变更长期要求。

OMB 批准 0938-1444（到期日期：2026 年 6 月 30 日）



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

语言协助服务及辅助工具和服务可用性通知

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: [1-800-718-4347 or 711]). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: [1-800-718-4347]). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347). هذه الخدمات مجانية. (TTY: 1-800-718-4347).

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃນ ທ້າວໂທທາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມ. ໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທທາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់
ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ
សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید.
کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و
چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем
родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP
(4347) (линия TTY: 1-800-718-4347). Также
предоставляются средства и услуги для людей с
инвалидностью, например документы крупным
шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру
1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347).
Такие услуги предоставляются бесплатно.



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为
每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电
1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

目录

A. 免责声明	10
B. 查阅您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围	10
B1. IEHP DualChoice 相关信息	10
B2. 重要待办事项	11
C. 本计划网络医疗服务提供者和药房的变更	12
D. 明年的福利和费用变更	12
D1. 医疗服务福利的变更	12
D2. 药物承保范围变更	14
D3. 第 1 阶段：“初始承保阶段”	16
D4. 第 2 阶段：“重大伤病承保阶段”	18
E. 行政管理变更	18
F. 选择计划	18
F1. 留在本计划	18
F2. 变更计划	18
G. 获取帮助	22
G1. 本计划	22
G2. 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)	22
G3. 监察员计划	22
G4. Medicare	23
G5. 加州医疗保健计划管理局 (California Department of Managed Health Care)	23
G6. Medicare 处方药付款计划	24



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

A. 免责声明

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一项签有 Medicare 合约的 HMO 计划。参保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需视合约续约情况而定。
- ❖ IEHP DualChoice 提供的承保是符合资格的健康承保，称为“最低基本承保”。此承保符合患者保护与平价医疗法案 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的个人分担责任要求。请访问美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 网站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以了解更多有关个人分担责任要求的信息。
- ❖ 福利和 / 或共付额可能会在每年 1 月 1 日变更。

B. 查阅您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围

立即查阅您的承保范围非常重要，以确保其在明年仍能满足您的需求。如果其无法满足您的需求，您可能可以退出本计划。请参阅 **D 部分**，以了解与明年福利变更有关的更多信息。

IEHP DualChoice 的新会员：在大多数情况下，您将在要求参保 IEHP DualChoice 后的次月第 1 天参保 IEHP DualChoice 以获得 Medicare 福利。您仍可以通过之前的 Medi-Cal 健保计划获得额外一个月的 Medi-Cal 服务。之后，您将通过 IEHP DualChoice 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保将不会出现中断。如果您有任何疑问，请致电本页底部的电话号码与我们联系。

如果您选择退出本计划，您的会员资格将在您提出要求当月的最后一天终止。只要您符合资格，您将仍可参保 Medicare 和 Medi-Cal 计划。

如果您退出本计划，您可以获得以下相关信息：

- **F2 部分**（*变更计划*）表格中所列的 Medicare 选项。
- **F2 部分**（*变更计划*）中的 Medi-Cal 选项和服务。

B1. IEHP DualChoice 相关信息

- IEHP DualChoice 是与 Medicare 和 Medi-Cal 均签有合约的健保计划，向会员提供此两项计划的福利。
- 当本 *年度变更通知* 中提到“我们”、“我们的”或“本计划”时，指的是 Medicare Medi-Cal 计划。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

B2. 重要待办事项

- 确认本计划的福利和费用是否有可能对您造成影响的任何变更。
 - 是否有会对您所使用的服务造成影响的任何变更？
 - 查阅福利与费用变更，确保其在明年适用于您。
 - 请参阅 **D1 部分**，以了解与本计划福利和费用变更有关的信息。
- 确认本计划的药物承保范围是否有可能对您造成影响的任何变更。
 - 您的药物是否将获得承保？您的药物是否移到其它分摊费用层级？您可以使用相同的药房吗？是否会有事先授权、阶段疗法或药量限制等任何变更？
 - 查阅变更内容，以确保本计划的药物承保范围在明年适用于您。
 - 请参阅 **D2 部分**，以了解与本计划药物承保范围变更有关的信息。
 - 自去年以来，您的药物费用可能已上涨。
 - 请向您的医生咨询费用较低且您可能可以使用的替代药物；这可能可以为您节省全年的年度自付费用。
 - 请记住，您的计划福利确切决定了您自己的药物费用可能会发生哪些变更。
- 确认您的医疗服务提供者和药房明年是否属于本计划的网络。
 - 您的医生（包括专科医生）在我们的网络中吗？您的药房呢？您使用的医院或其他医疗服务提供者呢？
 - 请参阅 **C 部分**，以了解有关本计划*医疗服务提供者和药房名录*的信息。
- 考虑您在本计划中的整体费用。
 - 您愿意为您经常使用的服务和药物自付多少费用？
 - 总费用与其它承保选项相比如何？
- 想想您对本计划是否感到满意。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

如果您决定继续留在 IEHP DualChoice:

如果您想明年继续留在本计划，这很简单 — 您不需要采取任何行动。如果您未进行变更，您将自动继续参保 IEHP DualChoice。

如果您决定变更计划:

如果您认为其它承保更能满足您的需求，您可能可以更换计划（请参阅 **F2 部分** 以了解更多信息）。如果您参保新计划，或变更为 **Original Medicare**，您的新承保将于次月的第一天开始生效。

C. 本计划网络医疗服务提供者和药房的变更

您需为您药物支付的金额取决于您所使用的药房。本计划有一个药房网络。在大多数情况下，*只有*在本计划的其中一家网络药房领药的情况下，您的处方药才可获得承保。

本计划 2026 年的医疗服务提供者和药房网络已变更。

请查看 2026 年医疗服务提供者和药房名录，以了解您的医疗服务提供者（基本保健服务提供者、专科医生、医院等）或药房是否在我们的网络中。更新版的 *医疗服务提供者和药房名录* 位于我们的网站上，网址为 www.iehp.org。您也可以致电本页底部的电话号码与会员服务部联络，以了解更新的医疗服务提供者信息，或要求我们邮寄一份 *医疗服务提供者和药房名录* 给您。

请务必了解，我们也可能会在一年当中对本计划的网络进行变更。如果您的医疗服务提供者退出本计划，您将享有某些权利和保障。如需更多信息，请参阅 *会员手册* 的 **第 3 章** 或致电本页底部的电话号码与会员服务部联络以寻求帮助。

D. 明年的福利和费用变更**D1. 医疗服务福利的变更**

我们将变更某些医疗服务明年的承保范围。下表说明了这些变更。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
非处方 (Over-the-Counter, OTC) 用品	本计划提供补充福利，该福利提供的津贴可用于购买某些非处方 (OTC) 用品。每季提供 \$40 津贴。未使用的金额不会结转到下个季度。 如需更多有关此福利的信息，请致电本页底部的电话号码与 IEHP DualChoice 会员服务部联络。	本计划提供补充福利，该福利提供的津贴可用于购买某些非处方 (OTC) 用品。每季提供 \$60 津贴。未使用的金额不会结转到下个季度。 如需更多有关此福利的信息，请致电本页底部的电话号码与 IEHP DualChoice 会员服务部联络。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
	此外，您还享有 Medi-Cal OTC 福利。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) 以了解更多信息。您也可以致电 1-800-977-2273 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联络。	此外，您还享有 Medi-Cal OTC 福利。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) 以了解更多信息。您也可以致电 1-800-977-2273 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联络。
慢性病患者的健康餐食	符合资格的会员需支付 \$0。 此福利在计划年度期间承保最多每天 2 餐，最多 365 天。您必须满足所有资格标准才符合资格。 我们无法仅根据您的病症保证您符合此福利的资格。在提供福利之前，必须满足所有适用的资格要求。 Medicare 批准 IEHP DualChoice 可通过基于价值的保险设计 (Value Based Insurance Design, VBID) 计划提供此福利。此计划让 Medicare 尝试新方法改善 Medicare Advantage 计划。	健康餐食不属于承保范围。
公用事业费津贴	此福利提供每月 \$65 津贴，可用于支付煤气费、水费、垃圾费或电费帐单。 您必须满足所有资格标准才符合资格。我们无法仅根据您的病症保证您符合此福利的资格。在提供福利之前，必须满足所有适用的资格要求。 Medicare 批准 IEHP DualChoice 可通过基于价值的保险设计 (Value Based	公用事业费津贴不属于承保范围。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
	Insurance Design, VBID) 计划提供此福利。此计划让 Medicare 尝试新方法改善 Medicare Advantage 计划。	
观察服务	需要事先授权 / 转介。	无需事先授权 / 转介。
肾脏疾病教育服务	需要事先授权。	无需事先授权。
眼睛检查	无需事先授权 / 转介。	需要事先授权 / 转介。
例行眼睛检查	无需事先授权 / 转介。	需要事先授权 / 转介。
眼镜（镜片和镜框）和隐形眼镜	无需事先授权 / 转介。	需要事先授权 / 转介。
心理健康和精神病服务的个人和小组治疗会谈	无需转介。	需要转介。

D2. 药物承保范围变更

药物清单变更

最新版的*承保药物清单*可在我们的网站上找到，网址为 www.iehp.org。您也可以致电本页底部的电话号码与会员服务部联络，以了解更新的药物信息，或要求我们邮寄一份*承保药物清单*给您。

我们对*药物清单*进行了变更，其中可能包括移除或新增药物、变更我们承保的药物，以及变更适用于某些药物的承保限制或将其移到不同的分摊费用层级。

请查阅*药物清单*，以确保您的药物明年将可获得承保，并了解是否有任何限制，或者您的药物是否已移到不同的分摊费用层级。

*药物清单*中的大多数变更都是在每年年初进行的新变更。不过，我们可能会进行 Medicare 和 / 或州政府允许的其它变更，这些变更将在日历年内对您造成影响。我们至少每月更新一次在线*药物清单*，以提供最新版的药物清单。如果我们进行将会对您正在服用之药物造成影响的变更，我们将发送变更通知给您。

如果您受到药物承保变更的影响，我们鼓励您：



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

- 与您的医生（或其他处方师）合作，寻找我们承保的其它药物。
 - 您可以致电本页底部的电话号码与会员服务部联络，或与您的护理协调员合作，以索取治疗相同病症的**承保药物清单**。
 - 此清单可以帮助您的医疗服务提供者找到可能适合您的承保药物。
- 与您的医生（或其他处方师）合作并向我们申请例外处理以承保该药物。
 - 您可以在明年之前申请例外处理，而我们将在收到您要求（或您处方师的佐证声明）后的 **72 小时** 内给您答复。
 - 若要了解申请例外处理必须采取哪些行动，请参阅 *会员手册* 的**第 9 章**或致电本页底部的电话号码与会员服务部联络。
 - 如果您需要帮助申请例外处理，请联络会员服务部。请参阅 *会员手册* 的**第 2 章**和**第 3 章**，以了解有关如何联络护理协调员的更多信息。
- 要求我们承保药物的临时药量。
 - 在某些情况下，我们会在日历年的前 **90 天** 期间承保药物的**临时药量**。
 - 此临时药量最长可达 **31 天**。（若要了解您在什么情况下可以获得临时药量以及如何提出申请的更多信息，请参阅 *会员手册* 的**第 5 章**。）
 - 在您获得药物的临时药量后，请与您的医生讨论临时药量用完后该怎么办。您可以改用本计划承保的其它药物，或者要求我们为您进行例外处理并承保您目前的药物。

如果 IEHP DualChoice 批准了处方集例外处理，只要您能够继续保留 IEHP DualChoice 的会员身份，IEHP DualChoice 可能不会要求您针对下一年的续配或新处方申请批准。如果您决定明年继续留在本计划，IEHP DualChoice 可能会选择在新的福利年度继续提供承保。

药物费用的变更

根据本计划规定，您的 **Medicare D** 部分药物承保包含两个付款阶段。您需支付的费用取决于您在领取或续配处方药时所处的阶段。这两个阶段如下：



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

第 1 阶段 初始承保阶段	第 2 阶段 重大伤病承保阶段
在此阶段，本计划将支付您药物的部分费用，而您则支付您的分摊费用。您的分摊费用称为共付额。 当您在一年当中第一次领取处方药时，您便开始进入此阶段。	在此阶段，本计划将支付您至 2026 年 12 月 31 日之前的所有药物费用。 在您支付的自付费用达到特定金额之后，您便开始进入此阶段。

当您的药物总自付费用达到 **\$2,100** 后，初始承保阶段即终止。届时，重大伤病承保阶段即开始。本计划将承保您从那时开始到年底为止的所有药物费用。请参阅 *会员手册* 的**第 6 章**，以了解有关您需要支付多少药物费用的更多信息。

根据制造商折扣计划，药物制造商在初始承保阶段和重大伤病承保阶段期间为 D 部分承保品牌药和生物制品支付本计划全额费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣不计入自付费用中。

D3. 第 1 阶段：“初始承保阶段”

在初始承保阶段，本计划将支付您承保药物的分摊费用，而您则支付您的分摊费用。您的分摊费用称为共付额。共付额取决于药物的分摊费用层级以及您在何处领取药物。每次领取处方药时，您都需支付共付额。如果您的承保药物费用低于共付额，您将支付较低的价格。

我们将 *药物清单* 上的某些药物移到较低或较高的药物层级。如果您的药物从一个层级移到另一个层级，这可能会影响您的共付额。若要了解您的药物是否移到不同的层级，请在我们的 *药物清单* 中查找。

下表显示了您在实施标准共付额的网络药房领取我们六 (6) 个药物层级中各层级之药物一个月药量的费用。这些金额仅适用于您在初始承保阶段的这段时间。

大多数的成人 D 部分疫苗均免费为您提供。

如需有关疫苗费用的信息，或需长期药量或邮购处方药的信息，请参阅 *会员手册* 的**第 6 章 D 部分**。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
层级 1 药物 （首选学名药） 在网络药房领取层级 1 药物一个月药量的费用	您一个月（31 天）药量的共付额为 \$0 。	您一个月（31 天）或 100 天药量的共付额为 \$0 。
层级 2 至层级 5 药物 （学名药、首选品牌药、非首选药物及专科药物） 在网络药房领取层级 2-5 药物一个月药量的费用	您一个月（31 天）药量的共付额为 \$0	您的共付额将取决于您通过 Medicare 获得的额外补助金额： 额外补助第 1 级的共付额为学名药 \$5.10 ，品牌药 \$12.65 。一个月（31 天）或 100 天药量的共付额相同。 额外补助第 2 级的共付额为学名药 \$1.60 ，品牌药 \$4.90 。一个月（31 天）或 100 天药量的共付额相同。 额外补助第 3 级的共付额为学名药及品牌药均为 \$0 。一个月（31 天）或 100 天药量的共付额相同。 请参阅低收入补助附约，以了解您的额外补助等级。
层级 6 药物 （特定护理药物） 在网络药房领取层级 6 药物一个月药量的费用	您一个月（31 天）药量的共付额为 \$0 。	您一个月（31 天）或 100 天药量的共付额为 \$0 。

当您的总自付费用达到 **\$2,100** 时，初始承保阶段即结束。届时重大伤病承保阶段即开始。本计划将承保您从那时开始到年底为止的所有药物费用。请参阅**会员手册**的**第 6 章**，以了解有关您需为药物支付多少费用的更多信息。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

D4. 第 2 阶段：“重大伤病承保阶段”

当您达到药物自付费用上限 **\$2,100** 时，重大伤病承保阶段即开始，您无需为承保药物支付任何费用。您将留在重大伤病承保阶段直到日历年结束为止。

如需有关重大伤病承保阶段费用的更多信息，请参阅**第 6 章**。

E. 行政管理变更

我们今年将进行一些行政管理方面的变更。行政管理变更是指不会对福利承保范围或费用造成影响的更新，例如修改计划信息或作业流程。请参阅下表以了解有关这些变更的说明。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
Medicare 处方药付款计划	不适用	Medicare 处方药付款计划 可以将您的药物费用分摊到每月费用中，以帮助您管理药物费用。若要了解有关此计划的更多信息，请致电本页底部的电话号码与会员服务部联络或访问 www.iehp.org

F. 选择计划

F1. 留在本计划

我们希望您继续保留计划会员身份。若要留在本计划，您无需采取任何行动。除非您注册参加不同的 Medicare 计划或更换至 Original Medicare，否则您在 2026 年将自动参保，保留本计划的会员身份。

F2. 变更计划

大多数 Medicare 受保人均可在一年当中的某些时间终止其会员资格。

此外，您可在以下期间终止您在本计划的会员资格：

- **开放参保期**，从 10 月 15 日持续至 12 月 7 日。如果您在此期间选择新计划，您在本计划的会员资格将于 12 月 31 日终止，而您在新计划的会员资格将于 1 月 1 日开始生效。
- **Medicare Advantage (MA) 开放参保期**，从 1 月 1 日持续至 3 月 31 日。如果您在此期间选择新计划，您在新计划的会员资格将从下个月的第一天开始生效。
- 由于您拥有 Medi-Cal，因此您可以在一年当中的任何月份终止您在本计划的会员资格。

您可能还有资格在其它情况下变更您的参保。例如以下情况：



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。

- 您已搬离本计划的服务区域；
- 您的 **Medi-Cal** 或额外补助资格发生变更；或者
- 您最近搬入或目前在机构接受护理（例如专业护理机构或长期护理医院）。如果您最近搬出机构，您可以在搬出当月后整整两个月的期间变更计划或更换至 **Original Medicare**。

您的 Medicare 服务

您可在一年当中的任何月份通过三种方式获取下列 **Medicare** 服务。您将在一年当中的某些时间拥有额外选项，包括**开放参保期**和 **Medicare Advantage 开放参保期**或 **F2 部分**所述的其它情况。选择上述其中一个选项，您将自动终止您在本计划的会员资格。

1. 您可以变更为：

Medi-Medi 计划是一种 **Medicare Advantage** 计划。此类计划适用于同时拥有 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 的人士，并将 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 福利合并至单一计划中。**Medi-Medi** 计划会协调两项计划的所有福利和服务，包括所有 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保服务，或者如果您符合资格，您可以参加老年人全方位护理 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, **PACE**) 计划。

注：**Medi-Medi** 计划一词是加州综合双重资格特殊需求计划 (D-SNP) 的名称。

以下是需要采取的行动：

请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联络。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。

如有关于老年人全方位护理 (PACE) 方面的问题，请致电 1-855-921-PACE (7223)。

如果您需要帮助或更多信息：

- 请致电 1-800-434-0222 与加州健康保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, **HICAP**) 联络，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或要查找您所在地区的当地 **HICAP** 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

或者

参保新的 **Medi-Medi** 计划。

当您的新计划承保开始生效时，您将自动从本计划退保。您的 **Medi-Cal** 计划将会变更以配合您的 **Medi-Medi** 计划。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

2. 您可以变更为: 附带独立 Medicare 药物计划的 Original Medicare	以下是需要采取的行动: 请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联络。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。 如果您需要帮助或更多信息: 请致电 1-800-434-0222 与加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联络, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或要查找您所在地区的当地 HICAP 办公室, 请访问 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或者 参保新的 Medicare 处方药计划。 当您的 Original Medicare 承保开始生效时, 您将自动从本计划退保。 除非您要求变更, 否则您的 Medi-Cal 计划将不会变更。
3. 您可以变更为: 未附带独立 Medicare 药物计划的 Original Medicare 注: 如果您转换到 Original Medicare 且没有参保独立的 Medicare 药物计划, Medicare 可能会为您参保一项药物计划, 除非您告知 Medicare 您不想加入。 仅有当您通过其它来源 (例如雇主或工会) 获得药物承保的情况下, 您才应该放弃药物承保。如果您对自己是否需要药物承保有疑问, 请致电 1-800-434-0222 与加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联络, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或要查找您所在地区的当地 HICAP 办公室, 请访问 www.aging.ca.gov/	以下是需要采取的行动: 请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联络。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。 如果您需要帮助或更多信息: 请致电 1-800-434-0222 与加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联络, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或要查找您所在地区的当地 HICAP 办公室, 请访问 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。



如果您有疑问, 请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点 (太平洋标准时间), 包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息, 请访问 www.iehp.org。

Programs and Services/Medicare Counseling/	当您的 Original Medicare 承保开始生效时，您将自动从本计划退保。 除非您要求变更，否则您的 Medi-Cal 计划将不会变更。
4. 您可以变更为： 任何 Medicare 健保计划，您可在一年当中的特定时间进行变更，包括开放参保期和 Medicare Advantage 开放参保期或 A 部分所述的其它情况。	以下是需要采取的行动： 请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联络。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。 如有关于老年人全方位护理 (PACE) 方面的问题，请致电 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要帮助或更多信息： • 请致电 1-800-434-0222 与加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联络，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或要查找您所在地区的当地 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 或者 参保新 Medicare 计划。 当您的新计划承保开始生效时，您将自动从我们的 Medicare 计划退保。 您的 Medi-Cal 计划可能会发生变更。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

您的 Medi-Cal 服务

若对如何选择 Medi-Cal 计划或对退出本计划后如何获得 Medi-Cal 服务有疑问，请致电 1-800-430-4263 与 Health Care Options 联络，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 6 点。TTY 使用者请致电 1-800-430-7077。询问加入其它计划或恢复 Original Medicare 会如何影响您获得 Medi-Cal 承保的方式。

G. 获取帮助

G1. 本计划

如果您有任何疑问，我们将随时为您提供帮助。请在所列的营业日与营业时间致电本页底部的电话号码与会员服务部联络。这些是免费电话。

参阅您的会员手册

您的会员手册是对本计划福利的详细说明，具有法律效力。该手册包含了有关 2026 年福利和费用的详细信息。该手册说明了您的权利以及获得我们承保服务和药物所需遵守的规定。

2026 年会员手册将于 10 月 15 日发布。您可在我们的网站上找到最新版的会员手册，网址为 www.iehp.org。您也可以致电本页底部的电话号码与会员服务部联络，以要求我们邮寄 2026 年的会员手册给您。

我们的网站

您可以访问我们的网站 www.iehp.org。在此提醒您，我们的网站包含了与本计划医疗服务提供者和药房网络（医疗服务提供者和药房名录）及药物清单（承保药物清单）有关的最新信息。

G2. 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)

您也可以致电州政府健康保险协助计划 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。在加州，SHIP 称为健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。HICAP 顾问可以帮助您了解您的计划选项并回答与更换计划有关的问题。HICAP 与本计划或任何保险公司或健保计划均无关联。HICAP 在每个县都有经过培训的咨询人员，且服务免费提供。HICAP 的电话号码是 1-800-434-0222。如需了解更多信息或要查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

G3. 监察员计划

如果您对本计划有问题，Medicare Medi-Cal 监察员计划可以为您提供帮助。监察员的服务免费提供，且可使用所有语言提供。Medicare Medi-Cal 监察员计划：

- 如果您有问题或想提出投诉，该计划可以回答问题，并帮助您了解该怎么做。
- 确保您获得与您权利和保障以及如何解决疑虑有关的信息。
- 与本计划或任何保险公司或健保计划均无关联。Medicare Medi-Cal 监察员计划的电话号码是 1-855-501-3077。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

G4. Medicare

直接通过 Medicare 获取信息：

- 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。
- 即时聊天，网址为 www.Medicare.gov/talk-to-someone
- 写信给 Medicare，地址为 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

Medicare 网站

您可以访问 Medicare 网站 (www.medicare.gov)。如果您选择从本计划退保并参保另一项 Medicare 计划，Medicare 网站有提供关于费用、承保范围和品质评级的信息，以帮助您比较各项计划。

您可以使用 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder (Medicare 计划搜索工具) 来查找您所在地区可用 Medicare 计划的信息。(如需计划相关信息，请访问 www.medicare.gov，然后点击“Find plans”[查找计划]。)

2026 年 Medicare & You

您可以参阅 2026 年 Medicare & You 手册。每年秋天，我们均会邮寄本手册给 Medicare 的投保人。该手册概述了 Medicare 的福利、权利和保障，并回答了与 Medicare 有关的最常见问题。该手册还提供西班牙文、中文及越南文版本。

如果您没有该手册的副本，您可以在 Medicare 网站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 取得或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。

G5. 加州医疗保健计划管理局 (California Department of Managed Health Care)

加州医疗保健计划管理局负责监管医疗保健服务计划。如果您想针对您的健保计划提出申诉，您应先致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 与您的健保计划联络，并使用您健保计划的申诉流程，然后再联络管理局。使用该申诉程序将不会使您失去您可能享有的任何潜在法定权利或可能可以使用的补救措施。如果您需要帮助来处理涉及紧急情况的 Medi-Cal 申诉、您的健保计划未圆满解决 Medi-Cal 申诉或超过 30 天仍未获得解决，您可以致电管理局寻求协助。您可能还有资格针对 Medi-Cal 福利申请独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR)。如果您符合 IMR 的资格，IMR 流程将对健保计划对后述事项所做的医疗决定进行公正的审查：拟议服务或治疗的医疗必要性、试验性或研究性治疗的承保决定，以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。管理局还提供免费电话 (**1-888-466-2219**) 以及为听语障人士提供的 TDD 专线 (**1-877-688-9891**)。管理局的网站为 www.dmhc.ca.gov。

请参阅会员手册的第 9 章 F4 部分以了解更多信息。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

G6. Medicare 处方药付款计划

Medicare 处方药付款计划是一种付款选项，其将本计划承保药物的自付费用分摊到整个日历年（一月至十二月）的每月付款中，以帮助您管理本计划承保药物的自付费用。该计划无法为您省钱或降低您的药物费用。

对符合资格的人来说，Medicare 的“额外补助”以及州政府药品援助计划 (State's Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 和艾滋病药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 提供的补助比只参加 Medicare 处方药付款计划更为有利。所有计划参加者均有资格参加该计划，无论收入水平如何。若要了解有关此计划的更多信息，请致电本页底部的电话号码与我们联络，或访问 www.medicare.gov。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联络。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。这是免费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。